

へんじ ねが  
返事をお願いします

ていき けんこうしんだん けっか がっこう ていきてき おこな けんこうしんだん  
定期健康診断結果： 学校で定期的に行う健康診断について、  
けっか ほごしゃ し  
その結果を保護者にお知らせします。  
ちりょう すす ほけん しどう  
治療を勧めたり保健の指導をすることがあり  
ます。その場合には、ご協力をお願いします。

へいせい ねん がつ にち  
平成 年 月 日

ほごしゃ さま  
さんの保護者様

がっこうちよう  
学校長

### ていき けんこうしんだん けっか し 定期健康診断結果のお知らせ

ていきけんこうしんだん けっか し  
定期健康診断の結果をお知らせします。

いじよう  
異常なし

しんちよう 身長	たいじゆう 体重	ざこう 座高
cm	kg	cm

けんこうしんだん けんさ けっか こ つぎ てん しんさつ ちりょう う ひつよう  
健康診断・検査の結果、お子さんは次の点について、診察または治療を受ける必要があります。

しか <歯科>	<input type="checkbox"/> むしば 虫歯	<input type="checkbox"/> しこう 歯垢	<input type="checkbox"/> はなら 歯並び	<input type="checkbox"/> その他 ⇒	しかいいん 歯科医院へ
がんか <眼科>	<input type="checkbox"/> しりよく 視力	<input type="checkbox"/> けつまく 結膜	<input type="checkbox"/> その他	⇒	がんかいいん 眼科医院へ
じびいんこうか <耳鼻咽喉科>	<input type="checkbox"/> ちりょうよく 聴力	<input type="checkbox"/> ちゆうじえん 中耳炎	<input type="checkbox"/> なんちよう うたが 難聴の疑い	⇒	じびいんこうかいいん 耳鼻咽喉科医院へ
ないか <内科>	<input type="checkbox"/> しんぞう 心臓	<input type="checkbox"/> によう 尿	<input type="checkbox"/> その他	⇒	ないかいいん 内科医院へ
その他					⇒

ちか びよういんじゆしん ちりょう のちした ようし がっこう ていしゆつ きようりよく ねが  
※ お近くの病院で受診・治療をした後、下の用紙を学校にご提出ください。ご協力をお願いいたします。

びよういん い のち ほごしゃ かた きにゆう  
(病院に行った後、保護者の方がご記入ください。)

### じゆしんけっか ほうこくしよ 受診結果 報告書

( に  を記入してください。)

- びよういん い ちりょう お  
病院へ行って、治療を終わりました。
- びよういんちりょう ちりょう じかん  
病院で治療をしています。治療には時間がかかります。
- びよういん い ようす い  
病院へ行きましたが、しばらく様子を見るように言われました。

がつ にち  
月 日

ねん くみ ばん  
年 組 番

じどう せいとしめい  
児童・生徒氏名

ほごしゃしめい  
保護者氏名

R.S.V.P, please

### Annual Health Checkup Results

The Annual Health Checkup Results are reported to the parents/guardian. There may be some cases where medical treatment is recommended. Please make sure the student receives the appropriate treatment, if he/she is diagnosed with any condition mentioned in the Checkup results.

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

Dear Parent/Guardian of \_\_\_\_\_  
(児童・生徒氏名)

Principal of \_\_\_\_\_ School  
(学校名)

### Annual Health Checkup Results

The results of your child's annual health checkup are as follows.

Height	Weight	Seated Height
CM	KG	CM

No problems

Need to consult with a following doctor for diagnosis and/or treatment

<Dental>	<input type="checkbox"/> Cavities	<input type="checkbox"/> Plaque	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Other	⇒ See a dentist	
<Eye>	<input type="checkbox"/> Eye sight	<input type="checkbox"/> Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Other	⇒	See an eye doctor	
<Ear Nose and Throat>	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Middle Ear	<input type="checkbox"/> Possible Hearing Difficulties	<input type="checkbox"/> Nasal inflammation	<input type="checkbox"/> Enlarged Tonsil	<input type="checkbox"/> Other ⇒ See an ear, nose and throat doctor
<Internal medicine>	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Other	⇒	See a physician	
<Other>	( ) ⇒					

✂ After receiving diagnosis/treatment at hospital, please submit the following form. Parent's cooperation in this matter is very much appreciated.

定期健康診断結果(受診報告)

(This form should be filled out by the parent/guardian)

### TREATMENT REPORT

(Please check the box)

- The treatment at hospital is completed.
- Currently in the course of the treatment. The completion of treatment will take some time.
- The doctor advised us to wait and see how the symptoms develop.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
月 日

Grade \_\_\_\_ Class \_\_\_\_ Student# \_\_\_\_ Student's name \_\_\_\_\_

Parent's/Guardian's name \_\_\_\_\_